

## Trabajo final de grado

# Surgimiento y evolución del concepto trans y su expresión en Uruguay

**Estudiante:**

Matías Bacigalupi Oria

Ci: 4.827.186-1

**Tutora:**

Asist. Mag. Sabrina Rossi

Instituto de Psicología de la Salud

**Revisora:**

Prof. Adj. Anabel Beniscelli

Instituto de Psicología de la Salud

Febrero 2020

Montevideo, Uruguay

## ÍNDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>Capítulo I: Género, sexualidad e identidad de género.....</b>	<b>3</b>
1.1 Concepto de género.....	3
1.2 Identidad de género .....	6
1.3 Concepto de sexualidad.....	9
<b>Capítulo II: Evolución del concepto trans.....</b>	<b>13</b>
2.1 Una aproximación general al concepto trans.....	13
2.2 Patologización.....	18
2.3 Despatologización y derechos humanos.....	27
<b>Capítulo III: Situación de las personas trans en Uruguay y reflexiones finales.....</b>	<b>30</b>
3.1 Evolución de la salud de las personas trans en Uruguay.....	30
3.2 Reflexiones finales.....	38
<b>Bibliografía.....</b>	<b>41</b>

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo se desarrolla en un contexto de diversas luchas sociales de colectivos de la diversidad sexual que han llevado a transformaciones en el marco jurídico e institucional uruguayo a favor de los derechos de las personas trans. Estas personas han sido históricamente estigmatizadas y relegadas a un lugar de anormalidad, siendo fuertemente patologizadas y criminalizadas, lo que llevó a la generación de dispositivos de control, manipulación y violencia sobre sus cuerpos, sus identidades y sus subjetividades.

La psicología, como ciencia social, también ha generado diversas formas de concebir a las identidades trans, muchas de las cuales contribuyen a mantener el estatus quo social, dando lugar a nuevas formas de patologización y estigmatización y, por otro lado, otras tantas que apuntan a la despatologización de estas identidades, favoreciendo su pleno desarrollo y el respeto de sus derechos humanos.

Esta monografía, en el marco del trabajo final de grado de la licenciatura en psicología de la Universidad de la República, pretende dar cuenta de los distintos paradigmas que han dado lugar a estas diversas concepciones sobre las personas trans, con el objetivo de explicitarlos, problematizarlos y fomentar la reflexión en torno a cuál es la postura (o posturas) que nos corresponde asumir como psicólogos ante las situaciones de vida de las personas trans.

Es por este motivo que, a lo largo de los tres capítulos que la componen, se desarrollan definiciones, paradigmas y realidades por las que han atravesado o atraviesan actualmente las personas trans, tanto a nivel global como a nivel local.

De esta manera, en el primer capítulo se abordan definiciones necesarias para comprender el desarrollo que ha tenido el concepto trans en las ciencias humanas y particularmente en la psicología. Por este motivo se definen de forma general los conceptos de género y de identidad de género, finalizando el capítulo con el abordaje de distintas concepciones sobre la sexualidad.

El segundo capítulo comienza con una noción básica de los conceptos de transexual, transgénero y travesti para luego profundizar en su construcción, partiendo de los primeros estudios médicos y psicológicos con personas trans, abordando luego su clasificación como trastorno mental (patologización) y finalizando con los avances que dan lugar a la lucha por la despatologización y los derechos humanos de todas las personas de la comunidad trans.

En el último capítulo se desarrolla la evolución que ha tenido en Uruguay la situación de las personas trans y su salud, así como los avances que se vienen dando en el área de la atención en salud, culminando con las reflexiones finales del trabajo, puntualizando en las diversas concepciones y paradigmas que se tienen sobre las personas trans y el rol de la psicología y los y las psicólogas en las luchas por el reconocimiento de los derechos de todas las personas y en particular de las y los trans.

## **CAPÍTULO I**

### **Género, sexualidad e identidad de género**

#### **1.1 Concepto de género**

¿Cómo podemos distinguir y diferenciar un hombre de una mujer?, ¿Por qué clasificamos a las personas en hombres o mujeres?, ¿Qué son mujeres y hombres? ¿Existen otras “formas de ser” distintas a estas dos categorías?

Para profundizar en estas cuestiones debemos hablar de una categoría que atraviesa diversos aspectos de nuestras vidas como sujetos y como sociedad, y esa categoría es la de género.

En primera instancia, para evitar confusiones, es importante diferenciar género de sexo. La categoría sexo clasifica generalmente a los humanos en hembras o machos según sus características físicas y su composición cromosómica. Para determinar el sexo de las personas, se suele recurrir a la observación de los genitales externos, aunque “existen más de cinco modos para definir el sexo de una persona.” (Forrisi, Gelpi y Ramos, 2015, p. 21).

De forma clásica se considera que el sexo de las personas está determinado únicamente por la biología, una condición universal para todos los seres humanos, pero actualmente este punto está en discusión por diversos autores, principalmente de corrientes deconstructivistas, como Judith Butler.

Por su parte, el género se define como una categoría más amplia en la cual están presentes tanto factores biológicos como psicológicos y sociales, con un marcado énfasis en la forma en que éstos se articulan simbólicamente en los sujetos para generar determinadas características e identificaciones que dan lugar a la formación de las categorías de género.

En palabras de Marta Lamas (1994), el género es la “simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos” (p.4). La cultura juega entonces un papel fundamental en la asignación y la conformación de los géneros, que en nuestra cultura suelen ser dos, el masculino y el femenino, dado que estas simbolizaciones se dan en base a la diferencia sexual de hombres y mujeres.

Es necesario aclarar que la diferencia sexual sirve de punto de partida para las adjudicaciones de roles y características de cada género, pero el género en el que se inscriben las personas no está determinado por el sexo de forma directa. Como prueba de esto, Lamas (2013, p.113) presenta el caso de los estudios del psiquiatra Robert Stoller, quien observó niños y niñas a quienes por distintos motivos se les asignó “erróneamente” un género que no correspondía con su sexo, pudiendo apreciar que los pequeños se identificaban con el género que se les asignó por más que no correspondía con su sexo biológico, siendo imposible “corregir” esa situación, que era concebida como una desviación del desarrollo normal de la identidad de esos niños y niñas. De esta forma termina por plantear que “lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento experiencias, ritos y costumbres atribuidos a cierto género” (Lamas,2013, p.113).

Continuando con esta perspectiva, ya en el campo de las ciencias psi, Lamas (2013) plantea que en la categoría género se articulan tres instancias: la asignación de género, la identidad de género y el papel de género. La primera refiere el lugar que se le asigna al bebe al nacer según sus genitales; la identidad de género (que se desarrolla en profundidad más adelante) remite a la interiorización e incorporación (durante los primeros años de vida) por parte del niño o niña de ese género que le fue asignado, a partir del cual se le trata de una u otra forma en su entorno, marcando determinadas características y normas de su género que se juegan a nivel social, que el niño o niña adoptan como propias y determinan su forma de vincularse con el mundo que lo rodea. Por último, el papel de género refiere a cómo esas normas y características que son inculcadas desde pequeños dan lugar a determinadas formas de comportamiento y relacionamiento social considerados apropiados para un género u otro, lo que determina y asigna roles, lugares, gestos y formas de lo correcto y lo incorrecto para una persona según el género que le fue asignado.

Pero el género no es adquirido por las personas de forma pasiva, se va construyendo su noción a medida que se forma la identidad de la persona, ya que la

construcción del mismo implica la interacción de varios y variados ámbitos sociales, como la familia, el trabajo, la educación o el Estado, generando todas distintas formas en las que los géneros se construyen y se forman, dando lugar a transformaciones en la percepción del propio género y del género de los demás.

Respecto a estas percepciones entre los géneros, y a la división en dos categorías (hombre y mujer), la historiadora Joan Scott (En Lamas 2013) plantea que “Los sistemas de género, sin importar su periodo histórico, son sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo masculino a lo femenino, y esto, por lo general, no en un plan de igualdad sino en un orden jerárquico” (p.32). Ese orden jerárquico, esa diferencia desigual de las personas según su condición de género, no viene dada de forma natural, determinada por las propias características biológicas de hombres y mujeres, sino que está basada en características del orden de lo simbólico, condición que denota el peso de lo simbólico en la sociedad y en la construcción del sujeto.

Es debido a esto (al carácter simbólico del género) que estas categorías no están dadas de determinada manera desde siempre y para siempre. Los conceptos de hombre y mujer mutan a lo largo del tiempo, generando cambios no solo en la autopercepción sino en las estructuras de las sociedades y las formas de vincularse entre las personas. En otras palabras ““Hombre” y “Mujer” son al mismo tiempo categorías vacías y rebosantes. Vacías porque carecen de un significado último, trascendente. Rebosantes, porque aun cuando parecen estables contienen en su seno definiciones alternativas, negadas o eliminadas.” (Scott, en Lamas 2013 p. 301). Es en esas definiciones alternativas en donde reside el potencial transformador del género, como categoría de análisis de las relaciones entre las personas y como pilar en la conformación de la identidad.

Respecto a este punto, Lamas (1994) resalta, continuando con la línea de pensamiento de Judith Butler, la importancia de deconstruir la noción de género, dando lugar a una resignificación de esta no binaria, que incluya una desnaturalización de los cuerpos, generándose de esta manera nuevas categorías de lo corporal (p. 27 y 28). De esta forma, el abanico de posibles categorías de género se ampliaría de forma infinita, posibilitando nuevas formas de entender lo que es ser una persona, dando espacio al desarrollo pleno de las subjetividades, las formas de ser y de sentir de las distintas personas y sus diversas identidades.

En palabras de Lamas (1994):

Sólo mediante la crítica y la desconstrucción de ciertas prácticas, discursos y representaciones sociales que discriminan, oprimen o vulneran a las personas

en función del género nos acercaremos al objetivo ético-político primordial del feminismo: reformular, simbólica y políticamente, una nueva definición de qué es ser persona -un ser humano y un sujeto-, sea en cuerpo de mujer o de hombre. (p.29).

En síntesis, el género está configurado como una ficción, una construcción con características tanto sociales como biológicas y psicológicas, que se articulan generando determinadas formas de ser persona, de vincularse con el entorno y con uno mismo. Por su carácter simbólico, no es una categoría estática, va sufriendo distintas transformaciones con el paso de los años y los cambios culturales, incluso pudiéndose encontrar diferencias notables en la concepción de los géneros entre una cultura y otra dentro de una misma época.

## **1.2 Identidad de género**

En el apartado anterior se abordó el concepto y la construcción de las categorías de género, con un marcado énfasis en sus caracteres social y simbólico, pero ¿cómo es posible que algunas personas no sientan como propio el género que se les asignó tanto de forma explícita como implícita dentro de sus relaciones y vínculos sociales? ¿Por qué muchas de las personas que sí se identifican con el género que les fue dado, no se sienten representadas por los estereotipos de su propio género?

Ya sea de forma consciente o inconsciente, por elección o imposición, las personas a lo largo de nuestras vidas vamos configurando distintas maneras de ser, donde juegan un rol sumamente importante las características de nuestra cultura, sus formas de entender y representar los vínculos y las relaciones entre las personas a partir de sus diferencias y similitudes, las características de nuestro propio cuerpo y la forma en que las percibimos y las distintas maneras en que estas características se van representado y codificando en nuestra propia identidad. Es entonces que, para comprender cómo el género va tomando forma y pasa a ser parte de la personalidad de cada una, es necesario comprender el significado de identidad, y más específicamente el de la identidad de género.

En una primera aproximación Rocha (2009) define a la identidad como “aquellos aspectos o características que permiten diferenciarse de otras personas y a la vez ubicarse como parte de un grupo ante el reconocimiento de rasgos o comportamientos que sirven de referencia” (p.251). De esta definición se puede puntualizar que la identidad tiene características personales y también sociales, por lo que se construye junto con otros, siendo importante la existencia de un otro con características en común con quien identificarse (por proximidad justamente en torno a esa identidad) y

generando a su vez una diferenciación del resto de las personas que no comparten estas similitudes.

Otro aspecto importante de la identidad es la percepción de continuidad, entre lo que se fue y lo que se es, lo que determina una dimensión temporal que da estabilidad a la persona y un sentimiento de unidad de sí misma. Rocha (2009) refiere a los estudios de William James en esta área, quien plantea que esa sensación de unidad de la identidad en el tiempo da cuenta de una identidad estable, la cual, de no existir, no permite una correcta percepción de esa continuidad y puede generar desequilibrios en la persona y distorsionar su sentido de sí misma (p.251). Esto no quiere decir que la identidad de la persona no pase por procesos de cambio y transformación, lo que sostiene es la importancia que estos procesos se den dentro de un mismo marco identitario, que permita que la persona pueda reconocerse dentro de su propia historia y del desarrollo personal de su identidad.

Continuando con el desarrollo de este concepto, para poder responder las preguntas planteadas al comienzo de este apartado, es necesario profundizar en la noción de identidad de género.

A este respecto, es importante puntualizar que no hay una definición universal sobre este concepto, por lo cual coexisten varias posturas respecto a lo que se entiende por identidad de género, las cuales podemos clasificar en dos categorías, las esencialistas y las construccionistas.

Las concepciones esencialistas plantean que la identidad de género está directamente relacionada con el sexo biológico de las personas, por lo que desde esta perspectiva nacemos con una identidad determinada biológicamente, donde lo femenino y lo masculino están codificados “en función de determinantes biológicos (características genéticas, morfológicas, fisiológicas y estructurales).” (Rocha, 2009, p. 252).

Por su parte, Forrisi et al. (2015), desde una perspectiva construccionista, definen la identidad de género como el “sentimiento psicológico de ser hombre o mujer y adhesión a ciertas normas culturales relacionadas con el comportamiento femenino o masculino.” (p.34). A diferencia de las posturas esencialistas, esta definición resalta la relevancia que tienen determinados factores culturales, sociales y psicológicos en la conformación de la identidad de género.

Teniendo en cuenta lo visto anteriormente sobre identidad, a la definición que plantean las autoras se le puede agregar la noción de proceso, que permite visibilizar



las transformaciones y movimientos que se van dando en la identidad y generan distintas formas en que las personas se definen a sí mismas como hombres y mujeres a lo largo de sus vidas.

A partir de esto, se puede decir que la identidad de género es un sentimiento psicológico de ser hombre o mujer, atravesado de manera transversal por las normas culturales respecto a los comportamientos esperados para hombres y mujeres. A sí mismo se encuentra sujeto a posibles transformaciones, que dependen tanto de los cambios culturales como de los cambios personales en cuanto a las perspectivas y formas de entender y apropiarse de las pautas que la cultura presenta respecto a cada género.

Volviendo a las preguntas que se formularon al comienzo del capítulo, si tenemos en cuenta que, desde una posición construccionista, la identidad y la identidad de género dependen en gran medida de las lógicas sociales, ¿cómo es posible entonces que se den tantas variaciones respecto a la identidad de género de las personas?

Ya sean aquellas personas que se identifican con el género que les fue asignado al nacimiento, como las personas que lo hacen con un género distinto al adjudicado, existen múltiples formas de ser, y éstas son posibles gracias a que en los distintos momentos históricos están presentes (a la vez) diferentes discursos con diversas posiciones sobre el género; muchos de los cuales difieren del discurso hegemónico de cada época, y a partir de éstos "los sujetos invisten libidinalmente determinadas opciones, siendo este acto de investimento una expresión de su "libertad" personal." (Bonder, p. 13), dando lugar a la generación de distintas identidades, que no se da de forma azarosa, sino que está marcada por las vivencias personales de cada sujeto y la forma en que éstas se entrelazan y van determinando una trama significativa que permite darle diversos sentidos a esas vivencias y le da una forma y un sustento a la identidad.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se puede afirmar que la identidad y la identidad de género son una construcción, "un relato que nos hacemos de nosotros mismos" (Bonder p.11), a partir de las características personales y las vivencias particulares de las distintas posiciones y discursos sociales respecto de los géneros, presentes de forma explícita e implícita en las expresiones y acciones cotidianas, en los vínculos entre las personas a partir de sus diferencias y semejanzas.

Y como plantea Bonder "Pensarnos de esta manera supone una invitación o una obligación a actuar reconociendo la imposibilidad de estar fuera de las relaciones de poder; pero aceptando también que las reglas del juego pueden ser cambiadas mientras se juega con ellas" (p. 13).

### 1.3 Concepto de sexualidad

El género y la identidad, como se ha visto anteriormente, forman parte del ser humano, no como ente abstracto, sino como integrante de una sociedad y cultura que por un lado lo moldean y que a su vez él mismo transforma con sus acciones cotidianas. A estas características mencionadas se debe sumar el concepto de sexualidad, que no escapa de esta situación y ocupa un rol esencial en la conformación de la personalidad y la vida de las personas.

La sexualidad es compleja de definir, es una idea en constante cambio y es base de diversas discusiones y polémicas. Esto en parte se debe a que es una característica estructurante de las personas, un cimiento primordial de la personalidad y (como se verá más adelante) de la estructura social y la vida en sociedad, y cualquier cambio en ésta tendrá consecuencias en las formas de relacionamiento entre las personas y la estructura de la sociedad.

Como idea general, Córdova-Plaza (2003) basándose en ideas de Padgug sostiene que:

La sexualidad consiste en relaciones y actividades sociales que engloban sujetos y objetos de deseo; pero también fantasías, identidades, creencias y normas, placeres y sentimientos, así como todo aquello que desde una perspectiva inmanente sea considerado como “sexual”, en virtud de que no tiene existencia fuera o al margen de las interacciones sociales. Las categorías sexuales serán, entonces, la expresión de los tipos de vínculos que se establecen entre los miembros de un grupo. (p. 346)

En la misma línea Forrisi et al. (2015) plantean que la sexualidad tiene dos fines, el erótico placentero y el reproductivo, y que “se manifiesta a través del deseo, del placer, del erotismo, de la atracción, de la necesidad de gustar, de sentirse atractivo/a e identificarse con algo y también, en ocasiones, en el deseo de reproducirse” (p. 18).

Pero la sexualidad no es considerada de esta manera por todas las personas. Para tener una idea más amplia de las transformaciones que ha sufrido el concepto de sexualidad y las distintas concepciones que coexisten en la actualidad sobre este término, es relevante puntualizar en el estudio que realizó Córdova-Plaza (2003) sobre éstas. La autora localiza tres grandes concepciones: la biologicista, la de matriz cultural y la constructorista.

La primera considera que la sexualidad es una función innata con destino reproductivo, parte de nuestros instintos básicos y naturales. Esta concepción de

sexualidad da lugar a la conformación de discursos que colocan la sexualidad y la reproducción en un mismo plano, de lo que deriva luego la patologización de todo comportamiento sexual que difiera con el esperado “por naturaleza”.

Por otro lado, está el modelo de matriz cultural, el cual hace énfasis en las formas en que la cultura va moldeando la sexualidad (biológicamente determinada) de las personas que la integran, generando conductas socialmente deseables. Este modelo agrega la variable cultural al concepto de sexualidad, pero continúa ligándola con la función reproductiva y la heterosexualidad, como características que permiten la vida en sociedad, colocando estos aspectos en el lugar de lo normal.

El tercer modelo, el construccionista, considera a la sexualidad como una construcción social, que poco tiene que ver con las determinantes biológicas consideradas por las otras concepciones mencionadas. Plantea que la sexualidad es aprendida y por tal depende de las experiencias individuales de cada persona para su conformación, siendo distintas para cada persona, dependiendo del contexto sociocultural, las normas sociales, los grupos de pertenencia y sus experiencias de vida. En este marco, los argumentos que esgrimen lo “natural” como parámetro de lo que es una sexualidad normal y una anormal se enfrentan a focos de resistencia, dado que, en palabras de Córdova-Plaza (2003) “lo “natural” más bien se debe entender como lo profundamente arraigado en convencionalismos sociales” (p.344) y no como algo universal e idéntico para cada ser humano.

Tomando como punto de partida para el análisis sobre el concepto de sexualidad el modelo construccionista, queda claro que la sexualidad no es posible si no se está dentro de un marco social y que ésta forma parte del entramado de relaciones de poder de la sociedad y, por lo tanto, tiene un potencial transformador y a su vez la posibilidad de ser transformada por estas fuerzas.

Es menester señalar que, en lo que refiere a las relaciones de poder, ese poder no es entendido como eso que ejerce alguien o algo con mayor fuerza sobre otro más débil, sino que, como lo plantea Foucault (1989), es una cualidad que viene de todas partes, un “nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada” (Foucault, 1989, p. 113), y por lo tanto está presente en todas las relaciones sociales, entre todos sus actores, sean personas, instituciones o cualquier otro. Es un poder que no puede ejercerse a voluntad ni ser apropiado por determinados actores, pues una de sus principales características es su constante movilidad entre las fuerzas que dan lugar a la sociedad, siendo la sexualidad un campo donde varias de estas fuerzas confluyen.

En esta misma línea, en sus estudios sobre la historia de la sexualidad, Foucault (1989) plantea cómo se van articulando los distintos saberes científicos, las concepciones religiosas, el sistema social y las características de las personas que son tomadas como aceptables, dando lugar a un dispositivo de sexualidad. Dicho dispositivo determina lo correcto y lo incorrecto (lo esperado) del comportamiento sexual de una persona, calificando de anormal a toda persona que no se adecue a la norma, siendo sancionada por esto en varias áreas de la sociedad.

A esta forma de conceptualización de la sexualidad se la conoce como modelo hegemónico de sexualidad, el cual es “aprendido y aprehendido por las personas, éste produce y reproduce desigualdades, a su vez, es productor de subjetividad. Se trata de un modelo heterocentrado, reproductivo, falocéntrico, coitocéntrico, productivista, genitalizado y adultocéntrico.” (Forrisi, Gelpi y Ramos, 2015, p.20). Esto quiere decir que dicho modelo no reconoce como válidas las expresiones sexuales que no cumplan con estas normas, por lo tanto, las sexualidades distintas a la hetero (homosexual, bisexual), las expresiones sexuales que no tengan como fin el de la reproducción, las formas de expresión sexual que no sean mediante el coito y la penetración genital y la sexualidad infantil, son destinadas a lo abyecto, lo enfermo, lo patológico, y son sistemáticamente atacadas, escondidas o apartadas del resto de los integrantes “normales” de la sociedad (que actúan acorde a las normas establecidas).

A este respecto, Freud, en sus tres ensayos de teoría sexual de 1905, ya planteaba estas características de la sexualidad (heterocentrada, reproductivista, coitocéntrica, genitalizada y adultocéntrica) como propias de los pensamientos de su época (hace más de 100 años), y decía que “tenemos pleno fundamento para discernir en esas indicaciones un reflejo o copia muy infiel de la realidad; y si las miramos más de cerca, las vemos plagadas de errores, imprecisiones y conclusiones apresuradas.” (Freud, 1992, p. 123).

Es así como a lo largo de sus ensayos, va desglosando las características sexuales que, desde las perspectivas del modelo hegemónico de sexualidad, son entendidas como desviaciones, arribando a la conclusión de que son más comunes de lo que se piensa y están presentes en gran parte de las personas consideradas “normales”.

A partir de sus estudios de la sexualidad en los psiconeuróticos, a quienes describe como un grupo vasto de seres humanos que no distan de los “sanos”, Freud plantea la hipótesis de que el germen de estas conductas sexuales (tanto las consideradas anormales como las normales) se encuentra en la sexualidad infantil,

descubriendo que la inclinación a las perversiones (desviaciones) “eran pesquisables como unos poderes inconcientes que se traslucían como formadores de síntoma” (Freud, 1992, p. 211), observando así que la tendencia a las llamadas “perversiones” es una condición universal de la sexualidad de los seres humanos, y que mediante las distintas características del desarrollo psicosexual y social de las personas y la influencia de la moral social en ese desarrollo, “la pulsión sexual del adulto engendra una aspiración con una única meta sexual mediante la composición de múltiples mociones de la vida infantil en una unidad.” (Freud, 1992, p. 211).

Abordar estas consideraciones desde el modelo construccionista de sexualidad, lleva a considerar que la sexualidad en todo su espectro, es más variada y compleja de lo que el modelo hegemónico muestra, y es a través de las distintas relaciones de poder, de normas que indican el camino “correcto” y señalan las “desviaciones”, que la sexualidad que en la niñez temprana se presenta diversa en cuanto a sus fuentes de placer y deseo, se ve forzada a cumplir con los parámetros esperados por la sociedad.

Pero el desarrollo de la sexualidad no sigue siempre el camino preestablecido por el modelo hegemónico, dando lugar a formas muy distintas de placer y experiencias eróticas, que pueden o no incluir fines reproductivos, y que son igual de válidas y valiosas que las esperadas por el modelo imperante, ya que su origen es el mismo que el de las sexualidades erróneamente etiquetadas como normales.

A estas formas diversas de sexualidad son a las que refiere la expresión “diversidad sexual”, y como plantea Córdova-Plaza (2003):

El reconocimiento de que las variadas prácticas de la sexualidad son igualmente legítimas y tienen el derecho de expresarse bajo criterios de libertad y autonomía, debe llevarnos a considerar la tolerancia a la diversidad como uno de los principales imperativos morales de nuestra época... para ello, una concepción de la sexualidad flexible e incluyente resulta, ciertamente, necesaria para garantizar nuestras libertades. (p. 357).

Otro tema relevante en cuanto a la sexualidad es el del concepto de orientación sexual. La orientación sexual refiere principalmente hacia qué sexo la persona orienta su deseo afectivo erótico. Las orientaciones sexuales clásicas son la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad. En la heterosexualidad el deseo de la persona se dirige a alguien del otro sexo, en el caso de la orientación homosexual el deseo se dirige a personas del mismo sexo y en el caso de la bisexualidad a personas de ambos sexos.

La orientación sexual puede variar con el tiempo y puede no estar atada a estas tres concepciones básicas, ya que los parámetros sobre sexualidad son cada vez más amplios y esto da lugar a nuevas formas de orientación sexual.

Es importante señalar que la orientación sexual no es algo que uno elige, sino que “estos procesos psico-sexuales y afectivos se configuran en un nivel inconsciente e irracional, ya que uno no puede decidir hacia quién se siente atraído o reorientar el deseo” (Forrisi, Gelpi y Ramos, 2015, p. 32).

Por último, cabe señalar un error que suele darse respecto a la orientación sexual y es el confundirla con la identidad de género. Como ya se vio, la identidad de género refiere a un sentimiento psicológico sobre sentirse parte de un género u otro, mientras que la orientación sexual denota hacia dónde se orienta el deseo respecto del propio género.

## **CAPÍTULO II**

### **Evolución del concepto trans.**

#### **2.1 Una aproximación general al concepto trans**

Generar una definición única y unívoca sobre lo que significa la palabra trans no solo es complicado, sino imposible, porque se trata (al igual que los conceptos que se han visto hasta ahora) de una categoría dinámica, flexible, en constante cambio y tensión, lo que genera diversas formas de entenderla y utilizarla.

Eva Giberti, en Maffia (2003), respecto a una definición posible, presenta una descripción sobre las personas trans que realizó la red transgénera de la PFLAG (Parents, Families, and Friends of Lesbians and Gays), donde se las presenta como “...aquéllas cuya identidad o expresión de género difiere de las expectativas convencionales sobre el sexo físico.” (p.33).

Por su parte, la asociación psicológica americana (APA), lo define como “un término global que define a personas cuya identidad de género, expresión de género o conducta no se ajusta a aquella generalmente asociada con el sexo que se les asignó al nacer.” (American Psychological Association, 2011, p. 1).

En ambas definiciones se puede observar que la base principal para poder definir el concepto trans es la no correspondencia que sienten estas personas entre su género, su identidad de género y su sexo asignado o esperado socialmente.

Dentro de esta categoría pueden ingresar una gran variedad de sexualidades e identidades disidentes (que no se ajustan a los parámetros sexuales y de género hegemónicos), entre las que se encuentran las personas transexuales, transgénero y travestis (también conocidas como crossdressers o crossdresseros). Es importante puntualizar que estas no son todas las variantes de género que engloba el término trans, y que su cifra está en constante aumento. (Eva Giberti en Maffia, 2003, p. 33)

A su vez se debe tener en consideración que, si bien esta forma de clasificación y diferenciación en transexuales, travestis y transgénero “está en desuso” (Forrisi, et al., 2015, p.35) y la tendencia es a englobarlas todas bajo el término trans, son tan diversas las formas en que las personas construyen su identidad que tampoco se puede acotar el campo analítico y descriptivo solo a las y los trans, porque se pierde la posibilidad de tener en cuenta tanto grandes como sutiles diferencias que permiten a una inmensa cantidad de personas identificarse y construir su personalidad y su vida, más teniendo en cuenta que como lo indica la APA “no todas las personas cuyo aspecto o conductas no coinciden con su género se identificarán como personas trans.” (American Psychological Association, 2011, p. 1)

Es por lo mencionado anteriormente que en los siguientes párrafos se describen algunas de las identidades de género dentro de las y los considerados trans, para que de esta forma él o la lectora, puedan tener una idea más amplia sobre las diversas formas que tenemos las personas de constituirnos y construirnos como tales.

### **2.1.1 Transexual y transgénero**

El término transexual aparece diferenciado del de travesti y el de homosexual en 1950, cuando el Dr. Harry Benjamin determinó que “el transexual no obtiene una satisfacción erótica del hecho de travestirse y siempre se siente como alguien perteneciente al otro sexo.” (Álvarez et al., 2016, p.3). Dentro de sus investigaciones, también puntualizó que los transexuales no encuentran placer en sus órganos sexuales, pero actualmente se sabe que esa característica no se da en todas las personas transexuales.

Por su parte, la APA define a las personas transexuales como aquellas “cuya identidad de género es diferente de su sexo asignado.” (American Psychological Association, 2011, p. 1), y agrega que suelen recurrir a tratamientos en base a hormonas, cirugías o medios similares para poder alterar sus cuerpos.

Respecto a este último punto, Lamas (2009) plantea que en las y los transexuales “la imagen inconsciente está en contradicción con la imagen que les devuelve el espejo. La persona transexual, que reconoce que su esquema corporal es de determinado sexo, intenta transformarlo.” (p.10), y es por esto que recurren a distintos métodos para poder lograr lo que se conoce como “afirmación de género”, que, como lo describe Eva Giberti (en Maffia, 2003) no es “un cambio sino una rectificación... una constatación” (p. 40) que permite a las personas transexuales sentir y vivenciar que la imagen mental de su esquema corporal concuerda con la imagen física, lo que el espejo le devuelve.

El tema de las cirugías y los tratamientos con hormonas ha puesto a la transexualidad en la agenda médica desde mediados del siglo XX, cuando comenzaron los primeros estudios y las primeras cirugías denominadas de reasignación de sexo.

Es por esto que varios autores y autoras concuerdan que el transexualismo es un “fenómeno moderno” (Lamas, 2009, p.3), desde la óptica de que estas personas “demandan” el poder generar cambios en su cuerpo y “tal demanda es nueva, ya que supone una oferta que la suscita, la que hace la ciencia, pues sin cirujano ni endocrinólogo no hay transexual” (Milot, 1984, p. 14).

De esta forma, el discurso que se instaló durante años a nivel mundial (por los medios masivos de comunicación y la comunidad científica), daba a entender que la única alternativa para los y las transexuales era la cirugía y la hormonización, lo que generó una fuerte medicalización en torno a estas personas. Por esta razón “desde hace algunos años despunta paulatinamente entre las personas transexuales el rechazo a las operaciones quirúrgicas de “reasignación de sexo”” (Lamas, 2009, p.4), lo que la autora a su vez relaciona con el crecimiento de un fenómeno conocido como transgenerismo.

Sobre este punto también Eva Giberti indica que muchos transexuales prefieren no ser incluidos bajo la denominación transgénero, ya que se ven como un grupo aparte. Por otro lado, también plantea que algunos que deciden no operarse se identifican a sí mismos como “transgenderistas” y que a su vez algunas transexuales, luego de someterse a las cirugías de afirmación de género, ya no se autoperciben como transexuales (Maffia, 2003, p. 34).

Las personas “transgenderistas” o transgénero son aquellas que “modifican permanentemente su aspecto, adoptando marcas sociales del sexo opuesto, pero sin recurrir a la transformación hormonal o quirúrgica del cuerpo.” (Lamas, 2009, p. 4).



Estas particularidades (que son algunas de las posibles) dan una idea sobre la complejidad que adquieren estos términos y de por qué no es recomendable encasillar a las personas bajo una denominación acartonada, ya que éstas pueden sentirse identificadas o no (en este caso como transgénero o transexual), dependiendo de sus diversas formas de percibirse, de vivir el género, su sexualidad, y como éstas van configurando su personalidad.

### **2.1.2 Travesti**

Según la APA, los y las travestis son personas que “usan maneras de vestir que tradicionalmente, y como parte de un estereotipo, usa otro género en sus culturas...” y agrega que “generalmente se sienten cómodos con su sexo asignado y no desean cambiarlo” (American Psychological Association, 2011, p. 1 y 2). A su vez, el travestismo no es un indicador de la orientación sexual de la persona, ya que hay tanto travestis heterosexuales como homosexuales (además de otras posibles variantes).

Fernández (2004) en su trabajo “Cuerpos desobedientes: Travestismo e identidad de género” refiere a los estudios que realizó Victoria Barreda con travestis, donde plantea que ellas:

se definen como mujeres en lo que se refiere a actuación, reinención y puesta en escena, hay, no obstante, un reconocimiento de parte de la mayoría de ellas de que "ser cuerpo" y "tener un cuerpo" no son la misma cosa... ese cuerpo travesti se denuncia e insiste en querer mostrar que sigue siendo varón. (p. 51)

De esta manera, concluye que “El travestismo interpreta, modela y experimenta su cuerpo como un texto que puede ser leído desde el género (femenino) o desde su sexo (varón).” (Fernández, 2004, p. 51).

Esta visión sobre el travestismo, que va más allá del meramente utilizar ropas que socialmente se considera debe usar otro género, ha dado lugar a diversas interpretaciones e hipótesis sobre el travestismo.

Por su parte, la autora Josefina Fernández (2004), propone tres hipótesis: el travestismo como tercer género, como reforzamiento de las identidades de género y como género performativo (esta última desde una perspectiva deconstructivista).

Respecto a la primera hipótesis, el término “tercer género” refiere a “individuos que trascienden las categorías de varón/mujer, masculino/femenino.” (Fernández, 2004, p.42). Esta línea de pensamiento plantea que, al tratarse de personas que no pueden ser categorizadas como hombres o como mujeres, ya que presentan características de

un género y otro, se configuran en un tercer género, un género que rompe con el esquema clásico binario hombre/mujer, cuestionándolo con su propia existencia.

Por otro lado, la hipótesis sobre el reforzamiento de las identidades de género plantea que las y los travestis, al momento de construir su identidad, entran en diálogo con la sociedad y particularmente con las características estereotipadas de cada género, de donde aprenden y adquieren formas de vestir, de moverse, de vincularse y de actuar de los géneros para luego incorporarlas para sí mismas, poniéndolas a prueba a partir de las señales que la sociedad va generando ante éstas (Fernández, 2004, p. 52). Y por este motivo, se considera que estarían reforzando las características atribuidas socialmente a un género o a otro.

Por último, la postura deconstructivista (travestismo como género performativo), busca deconstruir la propia categoría de género, planteando que “los intentos de analizar el travestismo como perteneciente a uno u otro género son reduccionistas” y “afirma que el travestismo es un desafío a la noción de binariedad y pone en cuestión las categorías de masculino y femenino” (Fernández, 2004, p. 58).

En este sentido, la hipótesis deconstructivista se diferencia respecto a la de tercer género por plantear que la misma categoría género carece de sentido. Siguiendo la línea de pensamiento de Judith Butler, quien plantea que el sexo es un producto cultural (como el género), y como tal “No tiene sentido definir al género como interpretación cultural del sexo si el sexo mismo es una categoría ya generizada.” (Fernández, 2004, p. 60), se llega a la conclusión de que el sexo “no puede ser pensado como anterior al género si el género es la ley necesaria para pensar el sexo.” (Fernández, 2004, p. 60). A lo que refiere con esto es que la categoría género es la que nos permite pensar los sexos y sus diferencias, es este mecanismo el que plantea esa posibilidad, y siendo tal mecanismo una construcción que en gran medida depende de las particularidades sociales, el sexo en sí mismo es una construcción, la división macho/hembra es una ficción que halla en el cuerpo su punto de anclaje.

Es desde esta perspectiva que las y los travestis:

parecen denunciar, a través de sus auto-representaciones el hecho de que, en realidad, el género no es otra cosa que la construcción mimética del sexo. Como en el travestismo esta mimesis no se da, la travesti es, en términos de Butler, un "abyecto". (Fernández, 2004, p. 62 y 63).

Su existencia, la existencia travesti, pone en entredicho las concepciones mismas sobre género y sexo, planteando un “más allá” de estas categorías, “un permanente estallido” del género (Fernández, 2004, p. 64)

### **2.1.3 Conclusión**

El concepto trans se expresa entonces de diversas maneras, que rompen y se enfrentan a la hegemonía heteronormativa que (como tal) marca profundamente las formas que toman los vínculos, las instituciones y la sociedad en su conjunto para su funcionamiento.

Como lo menciona Álvarez et al., (2016), “podemos considerar al transexualismo como un síntoma de la época, en la medida en que interroga al género y también a las estructuras subjetivas.” (p.7), o (en la misma línea de pensamiento) como lo plantea Eva de Giberti en Maffia (2003) “El transgénero, sustantivando la expresión, tiende a burlarse o desestabilizar –como procedimiento provocativo y desafiante– aquellas prescripciones destinadas a dogmatizar pautas de convivencia.” (p. 35).

De esta forma, las y los trans se presentan como un empuje a la desnaturalización de los conceptos y las prácticas cotidianas en torno a la sexualidad, el género y la identidad. Sin proponérselo (por lo menos no en primera instancia), generan desestabilización y dudas en torno a algunas estructuras sociales consideradas como pilares, inamovibles y fundantes de la sociedad y la civilización.

Pero estas “transgresiones” a la norma, generan alarma, despiertan miedos entre las y los conservadores, pues ponen en cuestión características fundamentales en la articulación de muchas otras identidades y de la sociedad en su conjunto, lo que ha dado lugar a diversas formas de discriminación, persecución, invisibilización, patologización y hasta criminalización de toda expresión sexual y de género que se salga de lo normativo, cuestiones que continúan hasta nuestra época, y en las cuales la ciencia (contando en ella la psicología y la medicina), ha tenido un papel protagónico, tanto en la defensa de los derechos de estas personas como en su detrimento. Sobre estos temas se abordará en las próximas páginas.

## **2.2 Patologización**

Las sociedades de todas las épocas siempre destinaron y destinan un determinado lugar de exclusión a las personas que, desde su comportamiento, forma de ser, de hablar, de presentarse y de vincularse consigo mismas y con las demás no concuerdan con lo esperado, con lo considerado “normal”.

Foucault en su trabajo sobre enfermedad mental y psicología (2015), plantea que a estas personas generalmente se les asigna el lugar de locos. Antiguamente (edad media, renacimiento) eran señalados como poseídos, un cuerpo que fue invadido por un espíritu que determina su comportamiento extraño. Hacia mediados del siglo XVII se les empieza a excluir de la vida social, recluyéndolos en diversas instituciones que albergaban personas con variadas características como inválidos, mendigos, herejes, homosexuales, ladrones, entre otras. Todas ellas relacionadas por alterar de una u otra forma el orden social y moralmente aceptado. Así, la locura y todos los considerados locos quedan vinculados directamente a lo inmoral, lo antisocial y antinatural, relacionado a conductas delictivas.

Lo que está en juego en estas situaciones donde se asigna la locura como factor determinante son “las relaciones de la sociedad consigo misma, con lo que reconoce y con lo que no reconoce en la conducta de los individuos.” (Foucault, 2015, p. 61). Y es por este motivo que constantemente se han buscado y se continúan buscando las causas de estas “desviaciones”, que permitan explicarlas y seguir manteniéndolas al margen del resto de la sociedad, de los “normales”.

En esta misma línea, es que la locura comienza a ser tratada como una enfermedad, como algo pertinente al campo de la medicina y como algo a curar. Los locos eran sometidos a diversos tratamientos en los que se los denigraba, destrataba y ataba, primero literalmente y luego (desde el siglo XIX) moralmente, con imposiciones morales dictaminadas por el médico, donde cualquier conducta que se desviara de esos lineamientos sería sancionada de diversas formas, culpabilizando siempre al señalado como enfermo. De esta manera la locura comienza paulatinamente a inscribirse dentro de la dimensión de la interioridad, de lo personal e individual, dando lugar a la psicologización y patologización de la misma.

Este camino es el mismo que han transitado históricamente las personas trans y todas las personas de la comunidad LGBTIQ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queer). Eva Giberti en Maffia (2003) plantea que la persecución de las personas no heterosexuales o con una identidad de género distinta a la esperada “encuentra sus orígenes en diversas pautas establecidas contra los homosexuales, impuestas por la religión cristiana en la baja edad media.” (p. 51).

Más adelante, pasan a ser denominados como “desviados sexuales”, una categoría perteneciente al campo del derecho penal y la criminología, que los consideraban antisociales, antinaturales y vinculados al delito (Fernández, 2004, p. 23), y por esos motivos continuaban siendo perseguidos y encerrados.

Esta persecución también se sucedió (y se sucede) en el plano de lo que Foucault denominó el “dispositivo de sexualidad” (Foucault, 1989), ya que se las consideraba peligrosas por “fomentar uniones sexuales estériles en una era obsesionada por la reproducción nacional y la supervivencia internacional.” (Fernández, 2004, p. 25).

De esta forma, los únicos lugares aceptables para este tipo de conductas eran el manicomio y el burdel, lugares donde podían ser reinscritos en círculos de explotación y ganancia económica (Foucault, 1989, p.10).

En Latinoamérica, fueron médicos criminológicos los que realizaban generalmente las investigaciones de los considerados desviados sexuales y por estar comprometidos “en el desarrollo nacional, político, económico y social de sus países, no dudaron en asociarlos "científicamente" al concepto de delito... manifestaciones aberrantes de la conducta que daba cuenta de una inadaptación a las reglas éticas socialmente establecidas.” (Fernández, 2004, p. 25). Por estos motivos eran perseguidos por la policía y apresados, aunque no estuvieran cometiendo ningún delito.

Luego de esta etapa de criminalización y encarcelación, la mirada científica comienza a fijar su atención en las características que llevan a que estas personas, consideradas como “desviadas”, sean de esa manera y no como el resto de las personas “normales”. Las ciencias que comenzaron sus estudios con mayor intensidad fueron las médicas y las sexuales, quienes realizaron clasificaciones de “desviaciones”, entre las que se encuentran el travestismo, la homosexualidad y transexualismo. (Fernández, 2004, p. 22).

Fue a fines del siglo XIX cuando Krafft Ebing comenzó a plantear que el origen de estas “desviaciones sexuales” se encontraba en el cuerpo o en la mente de estas personas, “sostuvo que a cada sexo correspondía un instinto característico y que, por lo tanto, si un individuo manifestaba el instinto característico del otro sexo, se estaba entonces frente a una "sexualidad contraria o antipática".” (Fernández, 2004, p. 27).

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, se presentan distintos paradigmas en torno a los cuales se articulan los estudios de las personas denominadas como “sexualidades anormales”. Uno es el de las ciencias psi, en el que el foco estaba colocado en los mecanismos psíquicos que generan estas “anormalidades”. Otro es el del abordaje médico, que con el desarrollo de la endocrinología entre los años '20 y '30, se construyó como “la alternativa biologicista a la teoría freudiana de la libido.” (Dellacasa, 2017, p. 19).

El modelo médico armado en torno a las disidencias sexuales y de género se basa en la medicalización, que como la define Lamas (2012) “es la forma en que la institución médica identifica, clasifica y define como enfermedades a formas atípicas de la conducta” (p.115).

Este tipo de medicalización, en el que la medicina comienza a ocuparse de diversas situaciones que antes no le eran propias, se inició en el siglo XIX y como lo explica Dellacasa (2017) se le conoce como proceso moderno de medicalización (p. 18).

En esa época, entre los años 1870 y 1920 se empieza a hablar de términos como “sentimientos sexuales contrarios”, “metamorfosis sexuales paranoicas”, “travestismo”, “inversión sexo-estética” y “eonismo” (Fernández, 2004, p. 22).

También comienzan los primeros estudios en el campo de la endocrinología y la sexología, donde “se habla de “hormonas masculinas y femeninas”, consolidando desde el discurso científico, las diferencias políticas entre hombres y mujeres.” (Dellacasa, 2017, p. 19), lo que lleva al médico y sexólogo Magnus Hirschfeld a plantear que la homosexualidad y el travestismo “podían ser explicados por variaciones en las hormonas sexuales.” (Fernández, 2004, p. 29)

En los años veinte, Harry Benjamin, con el avance de los estudios en endocrinología, realiza los primeros tratamientos hormonales en personas transexuales, y en 1931 en Alemania se da la primera operación quirúrgica de cambio de sexo (Eva Giberti en Maffia 2003, p. 39).

En 1950 David Cauldwell utiliza el término transexual y entre ese año y el año 1965 se realizan los primeros estudios sobre intersexualidad. A partir de estos estudios realizados por Money, J.G Hampson y J.L Hampson, se desarrolla el concepto de rol de género que Stoller en 1964 describirá simplemente como género (Fernández, 2004, p. 23).

En esta misma línea, Cauldwell define la transexualidad en términos de una patología hereditaria con origen biológico. La nombra como “Psychopathia Transexualis” y determina su origen en traumas y trastornos en la conformación de la sexualidad en la infancia y la predisposición genética. (Dellacasa, 2017, p. 21).

A partir de este punto, como lo menciona Fernández (2004) “El transexualismo, por no contentarse con actuar el género y empeñarse en exhibir el cuerpo como sexo también, fue incluido de manera definitiva en la agenda médica.” (Fernández, 2004, p. 33 y 34).

Casos como el de Christine Jorgensen que fue operada por el Dr. Hamburger en Dinamarca entre 1951 y 1954 y el avance de los estudios de Harry Benjamin sobre los tratamientos hormonales y quirúrgicos para personas transexuales, popularizaron estos métodos como la única opción de tratamiento para personas que “presentan una incongruencia entre sexo y género” (Dellacasa, 2017, p. 22). Invalidando con su discurso otros tipos de tratamientos, y entre ellos las terapias psicoanalíticas, que fueron criticadas por ser consideradas ineficientes.

En 1966 Benjamin reafirma su postura sobre los y las transexuales y plantea que hay tres tipos: el "no quirúrgico", el "verdadero de intensidad moderada" y el "verdadero de intensidad alta". (Fernández, 2004, p. 32). Afirma que los considerados transexuales “verdaderos” deben someterse a cirugía de forma urgente. A su vez determina que “el género es, por su parte, el lado no sexual del sexo” y “señala que el travesti tiene un problema social, el transexual un problema de género y el homosexual un problema sexual.”. (Fernández, 2004, p. 32).

Desde esta perspectiva, la causa del malestar en los y las transexuales se instala en un plano biológico y reafirma la necesidad de los tratamientos médicos para tratar los casos de transexuales. Incluso el propio Benjamin, como lo señala Soley-Beltran (en Maffia, 2003), planteó que “Dado que es evidente, pues, que la mente del transexual no puede ser cambiada en su falsa orientación de género, es lógico y justificable intentar lo opuesto, ajustar el cuerpo a la mente” (p. 62).

El abordaje a partir del dualismo mente/cuerpo “implica una noción del cuerpo como potencialidad mutable y receptiva, mientras que la mente se concibe como el principio superior de la identidad y el ser que actualiza y fija la asumida fluidez del cuerpo.” (Soley-Beltran en Maffía, 2003, p.70).

Este tipo de intervención y visión sobre la transexualidad sigue vigente al día de hoy, al punto que en muchas partes del mundo “Se requiere un diagnóstico médico para que se otorgue la hormonación y la cirugía.” (Lamas, 2012, p. 123).

De esta forma, la clasificación médica, generó una idea tanto a nivel científico como social de la transexualidad como una patología, algo que falla, ya sea en la mente o el cuerpo de la persona, la cual debe ser intervenida quirúrgicamente y a nivel hormonal, para que su mente coincida con su cuerpo, aproximando de alguna forma ese “desvío” a la norma.

Como prueba de esto, está el hecho de que en la época de las primeras operaciones de cambio de sexo, “se requería que los transexuales fueran

heterosexuales en su nuevo “sexo” “(Soley-Beltran en Maffía, 2003, p.76), en otras palabras, que una vez realizada la operación, el o la transexual no incurriera en prácticas no heterosexuales, como lo determinaba la norma.

Por su parte, en el campo de las ciencias psi, y más específicamente en el de la psicología, también se dieron diversos estudios en la temática, con énfasis en el caso de las personas transexuales.

En 1910 se dan varias investigaciones relevantes: Alfred Adler escribe sobre el hermafroditismo psíquico, y habla sobre la ambivalencia sexual, Freud escribe sobre el caso Schreber, que describe como una demencia paranoide o metamorfosis sexual de orden psicótico y Samuel Pozzi y Valentin Magnan relacionan la homosexualidad como efecto psíquico del hermafroditismo (Eva Giberti en Maffia 2003, p. 38 y 39).

También a principios del siglo XX, Freud propone una teoría sobre la bisexualidad humana y en sus estudios en Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad “sostuvo que no existen diferencias fundamentales entre l@s hétero y l@s homosexuales.” (Eva Giberti en Maffia 2003, p. 41).

Pero si bien esa teoría puede tener diversas interpretaciones, en esa época “surge como un refuerzo a la heteronormatividad reinante, en tanto delimita –más o menos explícitamente- un parámetro saludable para los deseos sexuales humanos.” (Dellacasa, 2017, p. 20), y de su lectura se desprende la hipótesis de que las personas homosexuales “o bien no alcanzaron el completo desarrollo de su sexualidad, o bien presentan una regresión a una etapa madurativa anterior”. (Dellacasa, 2017, p. 20).

En 1954, Emil Gutheil presenta, dentro de su teoría psicoanalítica, al transexualismo “como una psicopatología propia de un conflicto neurótico” y considera como válida “la intervención quirúrgica acordada con el paciente” (Eva Giberti en Maffia 2003, p. 41).

Luego, entre 1955 y 1971 se encuentran los estudios de Money y Stoller mencionados anteriormente. El término “rol de género” acuñado por Money coloca entre las variables en juego, para la conformación del género, el peso de lo social-cultural. Por su parte, Stoller (1968), propone al respecto el término “identidad genérica”, el cual articula tres cuestiones básicas: la asignación de género, la identidad de género y el rol de género. (Dellacasa, 2017, p. 20).

Los estudios de Stoller dieron lugar a que el transexualismo fuese conceptualizado como un desorden de la identidad de género, siendo el transexual para él “un individuo que ha desarrollado una identidad de género equivocada según su sexo



propio.” (Fernández, 2004, p. 33), y a su vez le da el orden de una patología del desarrollo psicosexual con inicio en la infancia, para la cual, en un comienzo y como tratamiento paliativo, concuerda con la realización de cirugías de reasignación genital. (Dellacasa, 2017, p. 22).

Durante el desarrollo de estas teorías y estudios, muchos psicólogos se opusieron a la realización de cirugías “a demanda”, alegando que “aquellos pacientes que concurrían al consultorio solicitando una castración de sus miembros sanos, eran “psicóticos extremos”, o “víctimas de psicosis esquizofrénica paranoica.” (Dellacasa, 2017, p. 22). Por eso proponían el análisis como la opción terapéutica válida, responsabilizando a los cirujanos de colaborar con los psicóticos. (Dellacasa, 2017, p. 22).

En esta misma línea, Jean-Marc Alby (1956) se opone a las intervenciones quirúrgicas, diagnosticando a la transexualidad como perversión. En el año 1960 los psicoanalistas Lucien Israel y Pierre Geissmann proponen que “se trata de personas homosexuales que anticipan un desenlace psicopático.” (Eva Giberti en Maffia 2003, p. 41).

Sobre fines del siglo XX, L. Lothstein plantea que la cirugía de cambio de sexo es una puesta en acto, afirmando que los y las transexuales lo que están solicitando es una ayuda psicoanalítica, pesquisando su origen en la relación con la madre y en lo que él denomina “alteración del sistema psíquico que organiza el sí mismo.” (Eva Giberti en Maffia 2003, p. 42).

Actualmente varios psicoanalistas lacanianos han retomado algunos de estos planteos (Chilland, 1999; Frignet, 2000; Millot, 1984; Mercader, 1997) y describen la transexualidad como “la expresión de una identidad patológica, ya sea narcisista, borderline o psicótica y se oponen fervientemente a las cirugías como opción terapéutica.” (Dellacasa, 2017, p. 22).

De esta forma se puede observar cómo desde la psicología también se ha abordado el tema de los y las trans desde el binomio clásico “mente/cuerpo”, pero en este caso, entendiendo que el “error” de la transexualidad no está en el cuerpo, sino que se encuentra en la mente, y por este motivo se lo ha considerado como un trastorno mental.

Las dos perspectivas vistas hasta el momento, la médica y la psicológica, plantean dos formas distintas de abordaje respecto a las personas trans, aunque en ambos casos se puede observar perspectivas patologizantes sobre este fenómeno.

Pero falta explorar un área más, la cual dio lugar a cierta estabilización a la dicotomía entre medicina y psicología “a través de una salida para el problema de la restricción de “la demanda” y la estandarización en el diagnóstico” (Dellacasa, 2017, p. 24), la psiquiatría.

Ya desde el siglo XIX la psiquiatría realizaba tratamientos “correctivos” para homosexuales, que iban desde internación compulsiva en manicomios, electroshocks, lobotomías, violaciones y mutilaciones (Forrisi, et al., 2015, p. 33), apelando a estos “para intentar “sanar” al sujeto no heterosexual y devolverlo al “orden natural” de las cosas”. (Gelpi y López, 2015, p. 206).

Como sucesores de estas prácticas, se encuentran los experimentos terapéuticos de “reorientación” del deseo de homosexuales y travestis llevados a cabo por el psiquiatra y psicólogo estadounidense Charles Socarides en la segunda mitad del siglo XX.

Estas prácticas fueron desapareciendo, principalmente por su ineficacia y por sus claras violaciones a los derechos humanos, pero varias se siguen realizando “en algunos países y bajo el amparo de diferentes regímenes religiosos y políticos” (Forrisi, et al., 2015, p. 33). En el año 2012 la organización mundial de la salud en un documento denominado “curas para una enfermedad que no existe” se ha posicionado claramente en contra de este tipo de prácticas.

En cuanto a las denominaciones psiquiátricas respecto a las personas trans, en 1973, Norman Fisk (psiquiatra norteamericano), plantea el concepto disforia de género “con la intención de dar cuenta de la ansiedad y la angustia que produce el conflicto entre identidad sexual y genitalidad” (Dellacasa, 2017, p. 23). Este concepto luego sería utilizado por distintos manuales psiquiátricos, categorizándolo como una patología.

La transexualidad ingresa en los manuales diagnósticos psiquiátricos en 1980, en la tercera edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la asociación psiquiátrica americana. En dicha edición se le denomina “transexualismo”, y para ser diagnosticada con ese trastorno la persona debía haber alcanzado la pubertad, tener un malestar persistente sobre el propio sexo anatómico y por lo menos haber sostenido durante dos años el deseo de querer deshacerse de sus características sexuales primarias y secundarias. Quienes no cumplían con estos requisitos, pero sí tenían algunas de las características descritas, eran identificados con el término “trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la vida adulta”. (Mas Grau, 2017, P.4).

En la siguiente versión del DSM, el DSM-IV, la transexualidad es categorizada como un “trastorno de la identidad de género”, incluido dentro de los “trastornos sexuales y de la identidad sexual”, y la diferencia principal con el DSM-III es que, bajo este diagnóstico, están incluidas las personas que presentan una identificación con el otro sexo, pero no tienen un deseo persistente de cambiar sus caracteres sexuales.

A su vez, el ingreso dentro de la categoría de los “trastornos”, implica un cambio en la visión que la psiquiatría mantenía hasta el momento sobre las personas trans, ya que dentro de esa categoría se presentan síntomas como las fobias y el insomnio, que no son considerados enfermedades mentales.

La versión más reciente del DSM, el DSM-V, toma el concepto desarrollado por Norman Fisk, la “disforia de género”, para clasificar a todas las personas que sienten un malestar “que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado y el género que se asigna” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 451).

Esta nueva terminología tiene un alcance mayor que las propuestas anteriormente por el DSM, ya que el deseo de cambiar los caracteres sexuales no es determinante, sino que debe presentarse un malestar generado por una diferencia entre el género que la persona experimenta y el género socialmente asignado. Por lo tanto, en esta categoría son contempladas todas las personas trans, y no solamente las transexuales.

El problema que surge en este punto es el del origen de ese malestar, ya que el DSM lo presenta como un sentimiento de la persona, pero no determina de dónde proviene. Por lo que las y los trans siguen categorizados como personas con una patología, cuando el origen de ese malestar puede ser causado por la transfobia u otros tipos de discriminación hacia las personas trans y no por las formas en que las personas trans viven su género y su sexualidad.

Las categorías que ha desarrollado el DSM a lo largo de los años “refuerzan la idea de que la persona es afectada por fuerzas que ella no comprende. A la vez, que reproduce el lenguaje de la corrección, la adaptación y la normalización, respecto del binarismo reinante.” (Dellacasa, 2017, p. 24). Esto se da de esa forma porque los parámetros de “normalidad” que se utilizan para determinar que es patológico y que no siguen siendo los hegemónicos (heteronormativos, sistema sexo/género).

Respecto a la pertinencia o no de este tipo de clasificaciones, existen opiniones muy variadas. Entre ellas se encuentran las de quienes concuerdan que las personas

trans padecen una patología, los que consideran que debe retirarse de los manuales psiquiátricos por ser patologizantes y estigmatizantes, y las personas que, si bien consideran que no es una patología, argumentan que es mejor mantener la categoría para poder acceder a los tratamientos médicos. Esta última visión se suele dar porque en muchos países, el diagnóstico psiquiátrico, es una condición necesaria para poder acceder a las terapias con hormonas o las cirugías de afirmación de género.

Estas posturas y visiones que ha tomado la ciencia sobre las personas trans han generado en torno a ellas una idea de patología, de enfermedad, de anormalidad, pero éstas, no son compartidas por todos los científicos ni por todas las personas relacionadas de una u otra forma a la comunidad trans. Sobre estas otras formas de entender el fenómeno trans se hablará en el siguiente apartado.

### **2.3 Despatologización y derechos humanos**

Como se ha adelantado, no todos los sectores de la sociedad ni todos los científicos consideraban y consideran a las personas trans como portadoras de una patología. Esta concepción no se dio casualmente y se puede seguir su rastro desde comienzos del siglo XX.

En 1921, el instituto de las ciencias sexuales de Berlín, fundado por Magnus Hirschfeld, en el cual se realizaban intervenciones quirúrgicas de “cambio de sexo”, “fue pionero en la defensa y aceptación social de homosexuales y transexuales, además defendía la educación sexual, la contracepción, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y la emancipación de las mujeres.” (Dellacasa, 2017, p. 19). Este centro fue destruido por el nazismo en 1933.

También desde comienzos del siglo XX diversos grupos de personas homosexuales intentaron nuclearse como colectivo, pero fue recién a fines de los años sesenta y comienzo de los setenta cuando surgen varias organizaciones en defensa de los derechos de las personas LGBTIQ, conocidos como movimientos de la diversidad sexual, los cuales “representan a personas cuya sexualidad se expresa fuera de los parámetros considerados socialmente como “normales” y que, desde hace tiempo, vienen reclamando políticamente la igualdad de derechos y la plena integración social.” (Forrisi, et al., 2015, p. 38). En América Latina estos movimientos comienzan más adelante, ya que en esa época la mayoría de los países de la región se encontraban sumidos en regímenes dictatoriales.

A su vez, en los años 70, comienza la segunda ola del feminismo, que, junto a los movimientos de la diversidad sexual, plantean a nivel social la interrogante y discusión sobre qué es lo que define a un hombre y a una mujer. (Lamas, 2012, p. 111).

De esta forma, pensadoras e investigadoras feministas plantean la distinción sexo-género “como argumento contra el esencialismo en la definición de la identidad de género y el determinismo biológico de los roles.” (Patricia Soley-Beltran en Maffía, 2003, p.65).

Fue también a partir de esa época que comienzan los estudios Queer, los cuales replantean la relación entre naturaleza y cultura, y “posibilitan una nueva lectura, dinámica y no esencialista de las identidades de género” (Dellacasa, 2017, p. 26)

Gracias a estos movimientos y sus luchas, en 1973, la asociación psiquiátrica americana elimina de sus manuales a la homosexualidad como trastorno mental, planteando “que la orientación sexual hacia personas del mismo sexo es un fenómeno normal, natural y perfectamente compatible con la salud” (Forrisi, et al., 2015, p. 33). En esta misma línea, en 1990 la organización mundial de la salud retiró a la homosexualidad de su clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud. (Forrisi, et al., 2015, p. 33).

Es por esa misma década, que distintos países comienzan a incorporar a sus constituciones “cláusulas que penan toda forma de discriminación por orientación sexual y se derogan figuras punitivas tales como llevar prendas del sexo contrario.” (Fernández, 2004, p. 26).

A pesar de esto, las personas trans continúan sufriendo una fuerte discriminación y exclusión en diversas áreas de la sociedad, “en empleos, vivienda, atención médica, educación, sistemas legales y hasta en sus propias familias.” (American Psychological Association, 2011, p. 4)

Las situaciones de sufrimiento a las que las personas trans eran sometidas, sumado a las diversas luchas sociales, determinaron que en varios países la denominada “rectificación de la identidad civil” fuera aceptada sin que se pidiera como requisito previo la cirugía de “reasignación sexual”. (Lamas, 2009, p.6).

En el año 2009 se realizó la primera movilización trans a nivel global, en más de cuarenta países de todo el mundo, manifestándose a favor de la campaña Stop Trans Pathologization-2012 “que promueve dejar de considerar la transexualidad como una enfermedad mental y quitar el “trastorno de género” del DSM”. (Dellacasa, 2017, p. 24).

En sintonía con estos movimientos y cambios sociales, el modelo que se busca impulsar desde diversos sectores de las ciencias sociales y humanas es el modelo social, que se centra en los factores sociales que influyen en el desarrollo y la vida de las personas trans. (Patricia Soley-Beltran en Maffía, 2003, p.63).

Una de las principales características de este modelo es su perspectiva de derechos, la cual tiene en cuenta áreas como salud, educación y trabajo (Forrisi y Gelpi, 2015, p. 50), abogando por el respeto a los derechos humanos y el reconocimiento de la diversidad sexual.

De esta forma, el modelo social se centra “en las condiciones micro, meso y macro sociales que pueden generar angustia o tienden a proteger al sujeto.” (Gelpi y López, 2015, p. 204).

Siguiendo la línea de este enfoque, en el área de la psicología también se han generado diversas formas de concepción, abordaje y trabajo junto a las personas trans y la comunidad LGBTIQ en general.

La Asociación Americana de Psicología plantea que “Un estado psicológico solo se considera un trastorno mental si causa angustia o discapacidad.” (American Psychological Association, 2011, p. 3), por lo cual si ese estado, por sí mismo, no es el causante de ese malestar, no se puede considerar que esa persona padezca un trastorno mental.

Continuando con esta perspectiva, se han planteado las denominadas “terapias alternativas”, que “intentan reforzar esa orientación sexual, identidad de género y elección de objeto como una orientación tan válida, saludable y reconocida como la heterosexual.” (Gelpi y López, 2015, p. 207), oponiéndose de esta forma a los experimentos terapéuticos de “reorientación” que pretendían forzar la identidad de género y la orientación sexual de las personas para ajustarlas a la norma heterosexual.

Por su parte, algunas corrientes dentro del psicoanálisis consideran que “cada criatura nace en un universo lingüístico que no ha construido, ya existente, y quien la cuida usa el lenguaje no sólo para expresarle afectos sino también para interpretar sus deseos y necesidades.” (Lamas, 2009, p.9 y 10) y que incluso antes de nacer ya ocupa un lugar de expectativas y preocupaciones por parte de sus padres o cuidadores.

Se puede observar entonces la importancia que tienen en el desarrollo de la identidad y la imagen inconsciente del cuerpo, el discurso (conteniendo deseos y sentimientos de los otros) y la simbolización. (Lamas, 2009, p.9 y 10).

Teniendo en cuenta esto, se puede determinar “que lo que motiva al ser humano a identificarse con cierta posición sexuada no es una decisión racional.” (Lamas, 2012, p. 118), por lo que uno no puede elegir lo que desea y lo que no, por lo tanto, no se puede forzar una sexualidad o una identidad distinta a la que se ha ido formando en el contacto con los otros e incluso desde antes de nacer.

Desde la óptica de esta teoría, se puede observar que las orientaciones sexuales y las identidades de género no tienen un trayecto distinto unas de otras, todas se van construyendo en el contacto con los otros, por lo que el asignarle el término de “anormal” o “desviado” a las sexualidades e identidades no heterosexuales o no binarias, desde este punto de vista, no tiene ningún sustento, es un error.

Todos estos avances, visiones y teorías alternativas han generado una concepción distinta a las que patologizan a las personas trans. Estos cambios muestran que se está generando “una lenta pero progresiva apertura del colectivo social a escuchar y revisar sus creencias al respecto de los modelos hegemónicos de sexualidad.” (Forrisi, et al., 2015, p. 39).

### **CAPÍTULO III**

#### **Situación de las personas trans en Uruguay y reflexiones finales**

##### **3.1 Evolución de la salud de las personas trans en Uruguay**

En los apartados anteriores se observaron las diversas posturas sobre las personas trans que, desde la ciencia y la sociedad, se han ido desarrollando en el mundo. En el presente capítulo se procura abordar la temática trans a nivel local, teniendo en consideración las repercusiones que estas posturas y realidades han tenido en la salud de las personas trans en Uruguay.

Para comenzar, es necesario determinar qué se entiende aquí por salud. Este concepto ha variado mucho e incluso coexisten actualmente varias formas de concebirlo, desde quienes consideran que salud es la ausencia de enfermedad, hasta quienes consideran que sus determinantes son múltiples.

Respecto a esta última concepción sobre salud, Calatayud (2009) plantea que tanto la salud como la enfermedad están determinadas por aspectos ambientales y

sociales del entorno del sujeto, por su propia subjetividad y comportamiento y su situación económica, y no solo por la condición de su cuerpo. (p.3)

En esta misma línea, Pérez Lovelle (1987), planteó un conjunto de cualidades para poder dar cuenta de la multicausalidad de la salud de las personas. Para él la salud es: la ausencia de daño morfológico y limitaciones funcionales, determinado nivel de bienestar subjetivo y social y determinado nivel de desarrollo de la personalidad. A su vez propone para cada característica un límite (o umbral), por encima del cual se puede hablar de salud y por debajo de enfermedades. A esta dinámica se la denomina “proceso salud-enfermedad” y depende de las condiciones en las que se encuentra la persona. (Calatayud, 2009, p. 6).

Partiendo de este enfoque multicausal y ecológico de salud, a continuación, se desarrollan distintos aspectos de la historia y actualidad de la población trans en Uruguay, que han repercutido (y repercuten) negativa y positivamente en su salud.

### **3.1.1 Violencia social y de Estado**

En nuestro país la situación de las personas trans no dista mucho de la que han transitado las y los trans de todo el mundo, pero si tiene algunas características locales particulares.

En países de la región, la represión del estado hacia la población trans estaba institucionalizada en “Edictos policiales”, que permitían a la policía reprimir actos entre los que se encontraban por ejemplo la prostitución y el “usar prendas del sexo contrario en lugares públicos” (Fernández, 2004, p. 14)

Por su parte, en Uruguay, la policía no contaba con figuras legales de ese estilo y la discriminación que predominó fue la social, aunque, como aclara Sempol (2019), se dieron fuertes situaciones de persecución durante los años veinte, durante la dictadura terrista (1933-1938) y durante la dictadura cívico-militar (1973-1985) (Sempol, 2019, p. 6).

A este respecto, las travestis fueron de las personas que mayor persecución y encarcelación sufrieron por parte de la policía durante la dictadura. El ejército, por su parte, secuestró a muchas travestis quienes sufrieron violencia sexual, golpizas y maltratos. (Sempol, 2019, p. 7).

Durante el proceso de transición hacia la democracia, que comenzó en 1984, las prácticas de la policía no variaron respecto a las que mantuvieron durante la dictadura,



ya que no se realizaron reformas internas y quienes estaban a cargo eran mayoritariamente las mismas personas que en dictadura. (Sempol, 2019, p. 7).

Todas estas situaciones quedaron impunes debido a que, en 1986, por presiones militares y políticas, el estado uruguayo decreta la ley N° 15.848, conocida como “ley de caducidad de la pretensión punitiva del Estado”, que dejaba sin efecto a la mayoría de los delitos cometidos durante la dictadura.

Estas vivencias sufridas por la población travesti y el marco jurídico y social de Uruguay de los años ochenta y noventa, llevaron a que, tanto por el temor a no ser tomadas en serio, como a la inexistencia de una normativa que las protegiera, no realizaran denuncias de las diversas violencias y violaciones sufridas. (Sempol, 2019, p. 9).

A esto se suma que la reiterada violencia física, moral y sexual, dan lugar a una naturalización de las mismas por parte de las y los trans, siendo vistas por algunas de ellas como algo inevitable, que no va a cambiar (Sempol, 2019, p. 10 y p. 11).

Actualmente, ya en plena democracia, la violencia social hacia la población trans sigue presente, testimonio de esto son los 9 asesinatos de trans entre el 2011 y el 2015 (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 13).

A su vez, al analizar algunos de los datos sobre la situación actual de las personas trans, se puede observar la vulneración y menoscabo de sus derechos como ciudadanos y como seres humanos y, por tanto, de su salud.

Un ejemplo claro de esta situación es que, debido al conflicto que se da en la relación con el grupo primario a medida que la persona va viviendo y desarrollando su identidad trans, suelen ser expulsadas del hogar, muchas veces a edades muy tempranas. (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 13).

Esto también tiene incidencia en su acceso a la educación y su desempeño escolar. La mayoría de las personas trans ha alcanzado el nivel primario y el primer ciclo de secundaria, donde también son víctimas de la discriminación por parte de sus pares, “el 62,2 % entre 15 y 29 años declara haber sido discriminada por pares durante su pasaje en la escuela.” (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 13 y p. 14).

A nivel económico, “un 62,3% percibe 5.000 pesos mensuales o menos, mientras que el 29,8% tiene ingresos entre 5.001 y 10.000 pesos mensuales” (Márquez, Niz y Olinisky, 2015, p. 151). Esto en gran parte se debe a que las y los trans suelen tener grandes dificultades para incorporarse al mercado laboral, siendo el comercio sexual o

la explotación sexual la fuente de ingresos de la mayoría. Datos del período 2011-2012 determinan que el 70,4% de las y los trans entre 15 y 29 años estaban relacionadas al comercio sexual o explotación sexual (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 12 y p. 13)

A esto hay que sumar que “la realidad de la población trans es diversa y se ve cruzada por categorías como la etnia, la clase social, la religión, la edad e incluso el sexo de nacimiento y crianza.” (Márquez, Niz y Olinisky, 2015, p. 149 y p. 150), y estas características personales tienen una fuerte incidencia en las posibilidades y espacios que a nivel social se les “permite” transitar.

Cabe destacar, como un fuerte indicador del menoscabo de la salud de las personas trans en Uruguay, que la esperanza de vida de esta población es menor a 40 años, cuando la mayoría de la población de este país en promedio tiene una esperanza de vida de 76,23 años. (Márquez, Niz y Olinisky, 2015, p. 153). En Uruguay el 14% de la población tiene 65 años o más, entre las personas trans solo un 2%. (Sempol, 2019, p. 11).

### **3.1.2 Lucha en defensa de derechos básicos y conquistas sociales**

El primer grupo de la diversidad sexual en Uruguay fue el grupo Escorpio, creado en 1984 (Forrisi, et al., 2015, p. 39). Por su parte, las primeras organizaciones travestis se fundaron en 1991 y fueron la Mesa Coordinadora de Travestis y la Asociación de Travestis del Uruguay, que trabajaron principalmente en el problema del VIH y la exclusión social (Sempol, 2019, p. 9).

Sempol (2019), plantea que en los últimos 15 años se han dado avances importantes en cuando a los derechos de las personas de la comunidad LGBTIQ, junto con la creación de políticas públicas que hacen foco principalmente en la población trans. (p. 10).

De esta forma, se ha generado una paulatina “desnaturalización de tradicionales formas de discriminación y violencia.” (Sempol, 2019, p. 11), que a su vez repercutió en un mayor número de testimonios y denuncias sobre las violencias sufridas en épocas de dictadura y primeros años de democracia. (Sempol, 2019, p. 10).

A su vez, el movimiento feminista y el de la diversidad sexual han fortalecido su impacto en la agenda política, lo que ha generado nuevas visiones sobre las personas trans que difieren de las hegemónicas, “lo que implicó un reconocimiento simbólico, la disminución del estigma y la vergüenza, y el surgimiento de nuevas narrativas.” (Sempol, 2019, p. 11).

Dentro de este período más reciente de luchas y reivindicaciones de los derechos trans, el Estado uruguayo ha realizado avances en su “nueva agenda de derechos”, buscando garantizar derechos que se encontraban vulnerados. Dentro de éstos se encuentran: la ley de lucha contra el racismo, la xenofobia y la discriminación, las leyes de violencia de género, de unión concubinaria, de Cambio de Nombre y Sexo Registral, de Adopciones, de Matrimonio Igualitario y de reproducción asistida; la cuota para población trans en la Ley de Empleo Juvenil (ministerio de desarrollo social, 2016, p. 7) y más recientemente la ley integral para personas trans.

Otro logro es el de la asignación (por parte del ministerio de desarrollo social, MIDES) de la tarjeta Uruguay Social que reconoce su identidad de género y les brinda una transferencia monetaria. También a nivel laboral se dio el primer llamado exclusivo para el ingreso de personas trans a empleos públicos. (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 7)

En el año 2015 se conforma el Consejo Nacional de Diversidad Sexual (CNDS), el cual se funda como “un espacio de reflexión y elaboración de las políticas públicas necesarias para revertir las situaciones de inequidad que históricamente han atravesado las personas que conforman la diversidad sexual.” (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 8).

Las luchas por el reconocimiento de los derechos humanos de las personas de la comunidad LGBTIQ y las medidas que se han tomado a nivel del Estado en respuesta a éstas, han tenido un fuerte impacto en la mejora de la salud de las personas trans, aunque su situación aún no se encuentra en el nivel de equidad deseado.

De los cambios más notorios y necesarios para la mejora de la salud de las personas trans en Uruguay, está el del sistema de atención en salud enfocado específicamente en el trabajo con personas trans y de la comunidad LGBTIQ. Sobre la evolución de este sistema se hablará a continuación.

### **3.1.3 Evolución de la atención en los servicios de salud en Uruguay a personas trans**

En Uruguay, los discursos tanto psiquiátricos como psicoanalíticos durante casi todo el siglo XX patologizaron las sexualidades e identidades socialmente no esperadas. Esto se dio en consonancia con las posturas a nivel mundial de esa época, por lo tanto, cuando en 1980 el DSM cataloga la transexualidad como trastorno mental, las personas trans uruguayas se vieron forzadas a transitar por el sistema sanitario para acceder a

tratamientos hormonales o quirúrgicos, enfrentando diversos análisis psiquiátricos y médicos. (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 18)

En el periodo 1991-2012, el Hospital de Clínicas, que trabajaba con el paradigma de la “disforia de género”, era el encargado de realizar estos análisis y llevar a cabo las cirugías de forma gratuita, que en ese lapso fueron 25, hasta su interrupción en el año 2012 porque las autoridades no consideraban que fuera prioritario (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 22)

Este sistema de salud, históricamente ha expulsado, por su propio funcionamiento, a las personas trans, ya que no logra brindar una atención acorde con sus necesidades y características particulares, sometiéndolas a normalizaciones corporales basadas en presupuestos epidemiológicos, binaristas y patologizadores estigmatizantes. (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 20).

Por estos motivos, y dado el marco social planteado anteriormente, se comienzan a instrumentar nuevos dispositivos de abordaje y trabajo de sensibilización y formación de profesionales de la salud en esta materia.

En la realización de estas transformaciones, resultaron muy relevantes las recomendaciones que realizó la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español en el 2012. La Red plantea dos cambios necesarios en el paradigma médico hegemónico:

1. Dejar de utilizar el modelo centrado en la evaluación, para pasar a tener en consideración a la persona, siendo el médico un acompañante de los procesos que pertenecen por derecho a los usuarios.
2. Abandonar el paradigma de la medicalización de las identidades de género y las sexualidades no esperadas socialmente. (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 19 y p. 20).

En esta línea, en 2013, se crea en la policlínica de primer nivel de atención de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), de Salto, el Espacio Diversidad. Y paralelamente, se genera un curso de postgrado de atención a la salud en diversidad sexual para universitarios del área de la salud, fomentado por las facultades de medicina y psicología, el fondo de población de las Naciones Unidas y la organización social de la diversidad Ovejas Negras. (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 31)

En el año 2014, se crea la unidad docente asistencial (UDA) del primer nivel de atención de ASSE que funciona en el departamento de Montevideo, en el centro hospitalario Gustavo Saint Bois. (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 25).

A este centro comienzan a asistir personas trans, y ante el desconocimiento de las formas de trabajo con ellas, las autoridades de la institución comienzan a implementar diversas estrategias formativas y prácticas para brindar un servicio no expulsivo y amigable para los y las trans.

De esta forma, se fomenta el trabajo interdisciplinario y entre distintas especialidades médicas para conseguir un abordaje integral. También se plantea la importancia de tener en cuenta todo el ciclo de vida de las personas, considerando sus distintas características sociales, familiares y comunitarias. A su vez, se busca generar articulación y diálogo con otros actores de la salud, de la sociedad civil y del gobierno. (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 28 y p. 29).

También se generan herramientas de atención específicas, entre las que se encuentran: la incorporación de la diversidad en la historia clínica, el consentimiento informado, un abordaje en “escalera” que determina distintos pasos o etapas en la atención e intervención que la persona trans solicite; y la línea de vida, que se construye junto con el consultante, contiene datos que la persona considera determinantes en su vida y datos relevantes para mejorar la atención en el área de la salud. (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 34).

Este abordaje también plantea la importancia del acompañamiento psicológico de modo transversal, “acompañando procesos de transición específicos, por ejemplo, a quienes están “descubriendo” la identidad trans y a ésta como un lugar “habitable” o quieren visibilizarse con sus redes sociales más inmediatas” (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 34) y también en la “gestión de las ansiedades” respecto a los procesos de transformación corporal, explicitando todas las dimensiones de la intervención para lograr un mejor entendimiento de la misma por parte del usuario o la usuaria.

Por otro lado, también corresponde al equipo de psicólogos realizar acciones de sensibilización del personal médico y no médico que va a participar durante la internación y el posoperatorio. (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 48).

Las intervenciones quirúrgicas a usuarios y usuarias de este centro se realizan en una institución del tercer nivel de atención, en este caso en el hospital Pereira Rossell, específicamente en la clínica A de ginecotología. (Ministerio de desarrollo social, 2016, p. 29)

El equipo que trabaja en la clínica “trata a la cirugía como parte del proceso de reasignación de sexo y se considera que se está operando a usuarios sanos (desde el punto de vista biológico, psicológico y social).” (ministerio de desarrollo social, 2016, p. 51 y p. 52)

Volviendo al tema de la atención psicológica para personas trans, además de las prestaciones de ASSE, existen actualmente, en Montevideo, dos servicios de atención psicológica específicos para personas LGBTIQ, el centro de referencia amigable (CraM) y un servicio de atención psicológica a personas LGBTIQ que se encuentran en situación de violencia. Ambos trabajan desde una perspectiva de género, derechos y diversidad sexual. (Gelpi y López, 2015, p. 200 y p. 201).

El CraM fue creado en el 2014, por medio de un convenio entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR) y el MIDES. Dentro de sus funciones están las de asesorar, orientar y atender las diversas demandas de las personas LGBTIQ, sus familiares, parejas y colectivos que se quieran informar o derivar usuarios o usuarias. Lo atienden estudiantes de grado y docentes de la Facultad de Psicología. (Gelpi y López, 2015, p. 200 y p. 201).

En 2015 se crea (impulsado por el colectivo Ovejas Negras) el servicio de atención psicológica a personas LGBTIQ que se encuentran en situación de violencia ejercida por su pareja. Es atendido por psicólogas, trabajadora social y abogada, con un abordaje de atención psico-social y legal. Para que sea accesible los aranceles que se plantean contemplan la situación socio-económica de cada consultante. (Gelpi y López, 2015, p. 200 y p. 201).

A su vez, en Salto, funciona desde 2017 el Centro de Atención en Psicología Afirmativa LGBTI, un proyecto de extensión universitaria de la Facultad de Psicología del centro universitario regional norte. El mismo plantea un abordaje desde la psicología afirmativa, con una perspectiva de género, de derechos y diversidad sexual. El servicio es gratuito y está dirigido a personas LGBTI, personas cercanas a ellos y ellas e instituciones que se quieran informar y capacitar. Es atendido por docentes y estudiantes avanzados de psicología y trabajo social de la UdelaR. (Recuperado de <https://psico.edu.uy/node/13132>)

Todas estas nuevas formas de atención y servicios, sumados a los logros legales y transformaciones institucionales, impulsados por los distintos movimientos de la diversidad en Uruguay, buscan generar un contexto más saludable para las personas trans, donde puedan desarrollar sus identidades y potencialidades.

Si bien aún la salud de las y los trans se ve perjudicada y violentada de diversas formas en la sociedad uruguaya, este nuevo panorama genera una base de derechos básicos, a partir de los cuales seguir luchando y trabajando en el desarrollo de más oportunidades y una mejor calidad de vida de las personas trans.

### **3.2 Reflexiones finales**

Históricamente las personas trans han sido estigmatizadas, perseguidas y castigadas por no ajustarse a los parámetros hegemónicos, los que determinan que una persona “normal” es aquella cuyo género se corresponde con su sexo y mantiene relaciones sexuales y amorosas heterosexuales con el fin último de la reproducción.

Desde la medicina, la psiquiatría y la psicología, se han generado diversos paradigmas en torno a la temática trans, muchos de los cuales se manejan dentro de estos parámetros de la “correcta” sexualidad y el “correcto” género, fomentando la medicalización de las personas trans, lo que ha generado diversos dispositivos diseñados para “devolverlos” a la “normalidad”, provocando un mayor estigma social, confinándolas en el lugar de lo enfermo, lo desviado.

Por otro lado, en las áreas mencionadas, se han desarrollado a su vez otras ideas, con una marcada perspectiva de derechos, que fomentan una visión alternativa a las pautas vinculares preponderantes, dando lugar a la libre expresión de diversas identidades y subjetividades que son vistas como igual de válidas que el resto.

Ambas posturas continúan generando controversias y discusiones en la actualidad, en planos académicos, científicos, sociales, culturales y de la vida cotidiana. Esto sucede porque son posturas totalmente dicotómicas, lo que vuelve prácticamente imposible un consenso entre ellas.

Respecto a este punto, es sumamente importante reflexionar en torno a cuál es la postura que como psicólogos y psicólogas nos corresponde asumir frente a la existencia de estos paradigmas, para lograr una atención amigable y de calidad para personas trans.

En primer lugar, se debe tener en cuenta que, por más que las formas de trabajo y abordaje dentro del campo de la psicología son múltiples, en todos los casos se debe obrar acorde a la ética profesional, con un marcado compromiso social y respeto de los derechos de todas las personas.

En esta línea es que, en el código de ética de los psicólogos del Uruguay, se plantea como objetivo general la importancia de promover una psicología “destinada a

mejorar la calidad de vida, entendida como una forma de armonía de la persona consigo misma, con los otros y su sociedad, sabiendo que esto sólo es posible con las necesidades básicas satisfechas” (Agosto et al., 2000), dejando en claro que nuestro trabajo debe estar centrado en generar condiciones que impacten de forma positiva en la calidad de vida de las personas, y que ésta no depende de una única variable, sino que es multicausal.

Es por esto que las psicólogas y psicólogos debemos estar comprometidos con las realidades de las personas con las que trabajamos, procurando que nuestras intervenciones no sean otra fuente de estigma o exclusión, siendo importante para ello, privilegiar los principios de libertad y autodeterminación de las personas (Carrasco, 2001, pág. 7).

A su vez, para lograr un impacto positivo en la calidad de vida de ellas, es necesario partir de una concepción de los humanos como seres integrales, rompiendo con la división clásica mente/cuerpo, teniendo en cuenta que ambos componentes del binomio, si bien mantienen sus diferencias entre sí, no deben ser pensados como términos separados con funciones diferenciadas, sino que operan y se transforman de una manera compleja, en un constante contacto con su entorno y entre sí, generando diversas formas de sentir, desear, ser y estar en la sociedad, múltiples formas de vida y de vivir la vida.

Esta forma de trabajo sólo es posible si se realiza desde una perspectiva de derechos, evitando todo tipo de medicalización y estigmatización de las identidades trans, por lo que es nuestro deber como profesionales de la salud comprometernos en generar garantías para que las vidas de estas personas sean plenas, teniendo siempre en cuenta que “nuestras intervenciones asignan a esas personas lugares y roles, interpretan y jerarquizan sus necesidades y proponen metas en términos de un "deber ser" deseado o esperado desde una determinada perspectiva” (Giorgi, 2003, p. 6), procurando siempre no coartar, con éstas intervenciones, la libre expresión y autopercepción de las personas con las que trabajamos, dando lugar a que ellas mismas puedan determinar cuáles son sus necesidades, sus objetivos y sus formas de concebirse y pararse frente al mundo que las rodea y les pertenece.

Debe quedar claro que el camino para lograr estos objetivos no es único, es tan diverso como las identidades de las personas junto a las que trabajamos y tan variado como las corrientes teóricas de la psicología y las características de los y las psicólogos que las ponen en práctica. Pero no se debe perder de vista jamás el fin último de nuestra



intervención, el cual es tener un impacto positivo en la salud de las personas con las que trabajamos.

Es por esto que debemos mantener nuestro compromiso con los cambios que se han logrado a nivel nacional e internacional respecto a los derechos de las personas trans, teniendo en cuenta que su situación aún está lejos de ser la que ellos y ellas desean, por lo que tenemos que seguir trabajando en lograr un mayor respeto y consideración de sus derechos en todos los ámbitos de la sociedad, repudiando todo tipo de discriminación y violencia hacia ellas, sea tanto por su identidad de género como por su orientación sexual.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Agosto, G., Casas, G., Fernández, M., García, C., Llambí, P., Piñeyro, E., Rasetti, G. (2000). *Código de Ética de los Psicólogos del Uruguay*. Recuperado de <https://www.psicologos.org.uy/index.php/codigo-de-etica>.
- Álvarez, P., Antuña, A., Husni, P., Klainer, E., Mozzi, V., Nitzcaner, D. (Julio-agosto 2016). *Transexualismo y travestismo desde la perspectiva del psicoanálisis*. *Virtualia*, 1 (1), 1-12.
- American Psychological Association. (2011). *Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género*. Recuperado en <http://www.apa.org/topics/lgbt/brochure-personas-trans.pdf>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Bonder, G. (1998). *Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente*. En: Montecino. (Ed)., S., Obach, A. (Ed). *Género y epistemología: Mujeres y disciplinas* (pp. 29-55). Santiago de Chile, Chile: Lom Ediciones.
- Cala Carrillo, M. J., M. E. Barberá Heredia (2009). *Evolución de la perspectiva de género en psicología*. *Revista Mexicana de Psicología*, 26 (1): 91-101.
- Calatayud, F. M. (2009). *Una mirada al campo de la salud y la enfermedad*. En *Introducción a la psicología de la salud* (pp. 17-46). Buenos Aires: Koyatún.
- Calvo, M. (2010). *Si la biología no es determinante, que la cultura no sea limitante*. *Mirada joven* (1), 69-85.
- Carrasco, J.C. (2001) *Rol del psicólogo en Latinoamérica*, Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología, julio 2001, Chile.
- Córdova-Plaza, R (2003). *Reflexiones teórico-metodológicas en torno al estudio de la sexualidad*. *Revista Mexicana de Sociología*, año 65, núm. 2, abril-junio, 2003, México, D. F. :339-360.

- De Barbieri, T. (1994). *Sobre la categoría de género. Una introducción teórica – metodológica*. Debates en Sociología, 18, Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Dellacasa, M.A (13 de noviembre del 2017). *Una mirada arqueológica de los discursos sobre transexualidad: Modalidades de producción de conocimiento y subjetividades*. Psicoperspectivas, 16 (3), 17-28.
- Fernández, J. (2004). *Cuerpos desobedientes: Travestismo e identidad de género*. Buenos Aires, Argentina: Cosmos offset.
- Forrissi, F., Gelpi y G Ramos, V., (2015). *Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje en común*. En: López, P (Ed)., Forrissi, F (Ed). y Gelpi, G (Ed)., Salud y Diversidad Sexual. Montevideo, Uruguay: UNFPA – UdelaR.
- Forrissi, F., Gelpi, G. (2015). *Normativas nacionales e internacionales vigentes sobre diversidad sexual*. En: López, P (Ed)., Forrissi, F (Ed). y Gelpi, G (Ed)., Salud y Diversidad Sexual. Montevideo, Uruguay: UNFPA – UdelaR.
- Foucault, M. (1989). *Historia de la sexualidad vol.1: La voluntad del saber*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2015). *Enfermedad mental y psicología*. México: Paidós.
- Freud, S. (1992). *Tres ensayos de teoría sexual*. Buenos Aires. Argentina. Amorrortu editores.
- Gelpi, G., López, A. (2015). *La atención psicológica desde una perspectiva de diversidad sexual*. En: López, P (Ed)., Forrissi, F (Ed). y Gelpi, G (Ed)., Salud y Diversidad Sexual. Montevideo, Uruguay: UNFPA – UdelaR.
- Giorgi, V. (2003). *La construcción de la subjetividad en la exclusión*. Seminario: Drogas y exclusión social. Montevideo: Encare RIOD Nodo Sur Ed. Atlántica.
- Jayme Zaro, M. (2002). *La psicología del género en el siglo XXI*. Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista, (1), 47-60.
- Lamas, M. (1994). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. En: Debate feminista, vol. 10, pp 3-31.
- Lamas, M. (2009). *El fenómeno trans*. Debate Feminista, 39 (abril 2009), 3-13.

- Lamas, M. (Ed.). (2013). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México D.F, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, M. (2012). *Transexualidad: Identidad y cultura*. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
- Maffía, D. (Ed.). (2003). *Sexualidades migrantes: Género y transgénero*. Buenos Aires, Argentina: feminaria editora.
- Márquez, D., Niz, C., Olinisky, M. (2015). *Atención integral a personas trans*. En: López, P (Ed)., Forrasi, F (Ed). y Gelpi, G (Ed)., *Salud y Diversidad Sexual*. Montevideo, Uruguay: UNFPA – Udelar.
- Martínez-Guzmán, A. (2012). *Pensar la perspectiva psicosocial sobre el género: contribuciones y desafíos a partir de las identidades transgénero*. *Psicoperspectivas*, 11 (2), 164-184.
- Mas Grau, J. (2017). *Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante*. *Revista Internacional de Sociología* 75 (2): e059. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>.
- Millot, C. (1984). *Exsexo. Ensayo sobre el transexualismo*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paradiso.
- Ministerio de desarrollo social. (2016). *Corporalidades trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois*. Montevideo, Uruguay: Ministerio de desarrollo social.
- Ministerio de desarrollo social. (2016). *Transforma 2016 Visibilizando realidades: avances a partir del primer censo de personas trans*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/visibilizando-realidades-avances-partir-del-primer-censo-personas-trans>.
- Rocha Sánchez, T. E. (2009). *Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: un recorrido conceptual*. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2).
- Sempol, D. (2019). *Memorias trans y violencia estatal. La Ley Integral para Personas Trans y los debates sobre el pasado reciente en Uruguay*. *Páginas*, 11 (27), 1-25.